Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Beitrag

zur

Lehre von den postoperativen Psychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Alfred Stroemer
aus Friedeburg.

Kiel 1911.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Beitrag

zur

Lehre von den postoperativen Psychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Alfred Stroemer
aus Friedeburg.

Kiel 1911.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 33.
Rektoratsjahr 1911/12.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. Graf **v. Spee,**
z. Zt. Prodekanus.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/beitragzurlehrev0000alfr_s3a4

Unter den zahlreichen Formen von Seelenstörungen sind die postoperativen besonders wichtig und interessant. Obwohl die Anfänge ihrer Lehre bis in das 16. Jahrhundert zurückreichen, war früher doch nur wenig allgemeine Literatur hierüber zu finden; die deutsche Literatur betraf größtenteils nur Psychosen im Anschluß an Augenoperationen, die des Auslandes namentlich die seelischen Störungen nach gynäkologischen Operationen. Es ist daher zu verstehen, daß man lange Zeit im Unklaren war über das ursächliche Moment solcher Psychosen. Einige hielten eine erbliche oder erworbene Prädisposition für das Zustandekommen einer Psychose für unbedingt erforderlich, andere glaubten, daß nur die mit der Operation verbundene Erschöpfung für die Entstehung solcher geistigen Störungen hinreichend wäre. Aber nachdem namentlich die Franzosen auf diesem Gebiete viel gearbeitet haben und auch die Deutschen immer größeres Interesse dieser Art Psychosen entgegenbrachten, ist es Engelhardt möglich gewesen, ganz bestimmte Sätze über das Wesen dieser postoperativen Psychosen aufzustellen. Denn er sagt:

1. Die postoperativen Psychosen entwickeln sich am häufigsten bei prädisponierten Individuen (durch Heredität, chronische Intoxikationen, Kummer, Sorge).

2. Die Erschöpfung, welche durch die Operation selbst bezw. durch die den operativen Eingriff veranlassende Krankheit bedingt ist, kann kaum als ursächliches, höchstens als auslösendes Moment bei prädisponierten Fällen betrachtet werden.

3. Es gibt einige Fälle von postoperativen Psychosen, welche ätiologisch bisher einem Verständnis noch nicht zugänglich sind.

An anderer Stelle meint er in seiner vorzüglich ausgearbeiteten Abhandlung, die vor allem in ausgedehnter Weise in- und ausländische Literatur berücksichtigt, daß wohl diejenigen Autoren vor allem geneigt sind, die postoperativen Seelenstörungen einer akuten Erschöpfung zuzuschreiben, welche sich mit der Feststellung des Operationstraumas begnügen. „Es kommen dabei", so fährt er fort, „noch andere Momente in Betracht (psychische Insulte), die jedenfalls von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit sind, wenn man auch die Schreckwirkungen, die unter Umständen direkt zum Tode führen können, nicht ohne weiteres mit dem Operationsinsult in Parallele stellen kann. Dies ergibt sich schon daraus, daß die Patienten sich mit dem Gedanken einer Operation schon längere Zeit vertraut machen, welche außerdem nur mit ihrer Einwilligung vorgenommen wird; ferner werden die Patienten durch die gewöhnlich eingeleitete Narkose der unmittelbaren Einwirkung des Eingriffs, die zum Shok führen könnte, entzogen. Es würde also im wesentlichen die mit der Operation verbundene akute Erschöpfung als integrierendes Moment des Operationstraumas übrig bleiben. In diesem Sinne wären zu verwerten die Ansichten von Mairet und Denis, Mussin, Linae, Simpson. Auch Billroth scheint dieser Meinung zu sein, da er die postoperativen Psychosen mit den Seelenstörungen nach akuten Infektionskrankheiten vergleicht, Giftwirkung aber wie dort, abgesehen von den septisch verlaufenden Fällen, nicht in Betracht kommen kann. An sich hätte die Anschauung, daß eine akute Erschöpfung die Psychosen hervorrufen könnte, etwas Bestechendes. Gerade der Umstand, daß Seelenstörungen nach akuten Erschöpfungszuständen bisweilen auch bei nicht belasteten Individuen auftreten sollen, schien ein

Mittel an die Hand zu geben, die Fälle, welche ätiologisch einer Erklärung schwerer zugänglich sind, unserem Verständnis näher zu bringen".

Engelhardt selbst aber will trotzdem, wie aus dem oben Gesagten hervorgeht, die Erschöpfung höchstens als auslösendes Moment bei prädisponierten Fällen gelten lassen.

Vergleichen wir damit die Ansichten, die aus anderen Arbeiten hervorgehen, so ist D. E. Schultze, wie ich aus seinem Beitrag über postoperative Psychosen entnehme, der Ansicht, daß psychotische Zustände nach allen Operationen vorkommen und zwar am ehesten bei prädisponierten Kranken. In einer großen Reihe von Fällen sei hereditäre Belastung nachweisbar. In der weitaus größten Mehrzahl, meint er, bieten Fieber, ein noch andauernder Intoxikationszustand nach der Operation, Inanitions- und Schwächezustände, deren Ursache in der zugrunde liegenden Krankheit selbst zu suchen ist, die Erklärung für das Zustandekommen der Psychosen.

Auch Piqué kommt zu der Überzeugung, daß die psychoses postopératoires veritables sich auf eine verschwindend kleine Zahl von Fällen reduzieren lassen.

Selberg's Ansicht über das Zustandekommen der postoperativen Psychosen lautet: „Das wesentliche Postulat bei dem Zustandekommen einer postoperativen Seelenstörung scheint mir demnach die Prädisposition zu sein. Diese kann eine zweifache sein, eine somatische oder eine psychische. Die somatische ist gegeben durch die totale körperliche Erschöpfung, die psychische entweder durch eine hereditäre Belastung oder durch eine schon vorher bestehende psychische Veränderung".

Diese eindeutige „Ätiologie der Erschöpfung", die Selberg demnach als genügend für das Zustandekommen einer solchen Psychose erachtet, scheint allerdings etwas zu weitgehend, während D. E. Schultze der Wahrheit näher zu kommen glaubt, wenn er neben diesen erschöpfenden

Ursachen Fieber oder irgend eine Intoxikation hinzunimmt.

In ähnlichem Sinne wie Schultze spricht sich auch Bonhoeffer aus, wenn er sagt:

„Daß alle endogenen Psychosen durch erschöpfende Momente ausgelöst werden können, bedarf als wohl überall anerkannt kaum der Erwähnung. Wenn man das klinische Material der als Erschöpfungspsychosen beschriebenen Erkrankungen durchgeht, so ist bemerkenswert, daß es sich so gut wie niemals um eine eindeutige Ätiologie lediglich in dem vorgenannten Sinne handelt. Es sind sehr häufig fieberhafte Prozesse vorausgegangen. Bei den im Puerperium anschließend an starke Geburtsblutungen auftretenden Psychosen kommen die puerperalen Stoffwechselvorgänge hinzu. Die sorgfältige Beachtung der Temperaturverhältnisse bei den mir selbst zur Beobachtung gelangten Fällen hat gezeigt, daß niemals Fieberbewegungen gefehlt haben. Einer persönlichen Mitteilung nach hat auch Pfannenstiel bei den kurzdauernden puerperalen Delirien und Amentiafällen, die er gesehen, immer auch gleichzeitig Fieber und eine infektiöse Ätiologie gefunden. Es ist bekannt, daß das Seltenerwerden der puerperalen Amentia mit dem Seltenerwerden des Wochenbettfiebers in Beziehung gebracht wird".

Im Sinne D. E. Schultze's und Bonhoeffer's möchte ich den mir vorliegenden Fall von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit nach gynäkologischer Operation in Lumbalanästhesie betrachten, indem ich es mir besonders angelegen sein lassen will, an der Hand dieses Falles zu beweisen, daß wohl unter Umständen die akute Erschöpfung allein als ursächliches Moment für das Zustandekommen einer Operationspsychose verantwortlich zu machen ist.

Zuvor aber sei es mir noch erlaubt, etwas auf die als gynäkologische Psychosen beschriebenen Fälle einzugehen.

Hierzu sagt Krafft-Ebing:

„Der Einfluß der Geschlechtsorgane bei Weibern auf das Entstehen von Psychosen ist kein zu unterschätzender. Die Hauptrolle spielen hier die Textur- und Lageveränderungen der Gebärmutter, sobald sie chronisch entzündliche, irritative gewebliche Veränderungen hervorrufen. Die Sexualkrankheit, insofern sie profuse Menses, Leucorrhoen usw. verursacht, setzt in einer großen Zahl von Fällen nur eine allgemeine Schwächung der Konstitution, die fortan die Prädisposition zur Entstehung von Neurosen und Psychosen abgibt".

Speziell über gynäkologische Psychosen lesen wir in der Arbeit von Engelhardt, daß Piqué in seiner zweiten Abhandlung über diese Art Psychosen zu dem Schluß komme, daß der gynäkologischen Operation als solcher keine besondere Bedeutung zukomme, weil die große Mehrzahl der nach denselben eingetretenen Delirien auf andere Ursachen (Fieber, Sepsis) zurückgeführt werden müsse, die sich namentlich bei den schweren gynäkologischen Operationen geltend machen, daß es sich dagegen bei geistigen Störungen, die nach kleineren derartigen Eingriffen zutage treten, meist um alte Geisteskranke handele.

Weiter sagt er:

„Croom kommt auf Grund eines von ihm beobachteten, durch den raschen Verlauf und unglücklichen Ausgang völlig isoliert stehenden Falles, bei dem die nach der Operation einsetzende maniakalische Erregung binnen 5 Tagen den Tod einer in keiner Weise belasteten Frau durch Erschöpfung herbeiführte, zu dem Schluß, daß Frauen mit gesunder psychischer Vergangenheit sehr selten von postoperativen Geistesstörungen befallen werden. Bei bestehender Belastung ist die Gefahr sehr groß, daß die Psychose chronisch wird".

Werth berichtet über 6 Fälle von Psychosen, die er nach 300 gynäkologischen Operationen beobachtet hatte.

Dreimal folgte die geistige Störung einer Totalexstirpation des Uterus, dreimal einer Ovariotomie bezw. Kastration. Es waren im wesentlichen melancholische Zustände, die in 4 Fällen bald geheilt wurden, in zweien aber zu dauernder geistiger Störung führten. Bei 3 Kranken lag erbliche Belastung vor. 3 Patienten befanden sich im postklimakterischen Alter. Bei einigen Fällen von postoperativen Psychosen, meint er, könne weder von Prädisposition noch von vorher bestehender psychischer Erregung die Rede sein.

Auch diese Autoren sind demnach größtenteils der Meinung, daß im wesentlichen, wenn nicht gerade Heredität vorliegt, eine Grundkrankheit, die allmählich zur Erschöpfung führt, die Prädisposition zur Entstehung von Psychosen abgeben kann.

Erwähnt sei noch die Ansicht Schüle's aus seinem Lehrbuche (Klinische Psychiatrie, Seite 193), wo er von den akuten Wahnsinnsformen sagt, daß man es in allen diesen Zuständen mit „erschöpften Gehirnen" zu tun habe, und die Stelle aus dem Lehrbuche Krafft-Ebing's, wo er die asthenische Grundlage der Stupidität und des Wahnsinnes, worunter er auch Paranoia acuta sowie die halluzinatorische Verwirrtheit versteht, betont.

Nach diesen einleitenden Erörterungen will ich jetzt den mir überwiesenen Fall, der in der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel zur Beobachtung kam, einer eingehenden Betrachtung unterziehen.

Die Patientin Katharina L., Bahnwärtersfrau, geb. den 27. II. 1863, wurde am 2. I. 1911 aus der Frauenklinik zu Kiel in die Psychiatrische und Nervenklinik hierselbst verlegt. Dazu gab Dr. Linzenmeier, Assistenzarzt der Frauenklinik, folgende Anamnese.

Patientin habe bei der Aufnahme in die Frauenklinik psychisch nichts Besonderes geboten. Vor der Operation am 9. I. 11 sei jedoch aufgefallen, daß sie etwas ängstlich war.

Die Kranke litt an einem Gebärmutterhalspolypen und an Descensus vaginae, weshalb eine Plastik gemacht wurde. Die Operation fand am 9. I. 11 vormittags unter Lumbalanästhesie (Novocain 0,175 g + Suprarenin) statt. Also keine Allg.-Narkose. Nachmittags 5 Uhr fing Patientin an, verwirrt zu werden und wurde in zunehmendem Grade ängstlich, schlief die ganze Nacht nicht, redete fortwährend, ebenso am folgenden Tage und in der Nacht vom 10. auf den 11. I.

Dazu wurde von ihrem Mann in der Nervenklinik folgende Anamnese erhoben:

Vater war geisteskrank (Größenwahn), starb in der Irrenanstalt. Mutter lebt und ist gesund. Zwei Schwestern sind gestorben, eine im Wochenbettfieber, die andere an Tuberkulose. Als Kind soll Patientin stets gesund gewesen sein, ebenso später in der Ehe. Sie hatte 8 partus und stillte immer selbst. Letzter partus am 27. IX. 1903. Vor 10 Jahren Wochenbettfieber, lag 10 Wochen krank zu Hause und erholte sich nur langsam. Seitdem leidet Patientin stark an Kopfschmerzen. Menses stets regelmäßig bis in die letzte Zeit, wo starke Blutungen auftraten. Kopfschmerzen waren nicht halbseitig und während der Menses am stärksten. Nie Erbrechen dabei, öfters aber Schwindel, besonders morgens beim Aufstehen, nie Ohnmachten oder Krämpfe. Stets lustigen und gutmütigen Charakters, war sie fleißig, versorgte gut den Haushalt und Schrankendienst. War nicht jähzornig, aber leicht aufgeregt und zuweilen zitterten die Hände und die Beine, beruhigten sich aber bald wieder. Vor 2 Jahren stieß sie ein Ochse mit den Hörnern vor die Brust, warf sie um, und sie erlitt schwere Brust- und Schulterquetschung und eine Verletzung am Steißbein. 6 Tage mußte sie zu Bett liegen. Sie war nicht bewußtlos nach dem Unfall, aber sehr erschreckt und ängstlich. Seitdem sind die Kopfschmerzen und auch das Zittern der Hände ärger geworden. Es ging ihr aber sonst

ganz gut, bis vor einigen Wochen, wo die Uterusblutungen auftraten. Auf ärztlichen Rat kam sie am 3. I. 11 in die Frauenklinik zu Kiel. Sie hatte keine Angst, auch nicht vor der Narkose, obwohl sie wußte, daß sie operiert werden würde. Sie war schon einmal narkotisiert worden bei der Geburt des letzten Kindes (Chloroformnarkose-Wendung und Extraktion; Dauer etwa ½ Stunde). Kein Potus. Keine Lues.

Die Anamnese ergibt demnach sicher Heredität, denn der Vater starb im Irrenhause. Aber darf man in diesem Fall so großen Wert darauf legen? Siemerling sagt dazu (Siemerling und Binswanger, S. 188): „Der Heredität kommt beim Zustandekommen der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit keine erhebliche Bedeutung zu". Auch ist zu berücksichtigen, daß die Patientin später als geheilt entlassen werden konnte, was wohl kaum der Fall gewesen wäre, wenn die erbliche Belastung den Grund für die Erkrankung abgegeben hätte. Von angeborener geistiger Schwäche, die verschiedentlich nach Siemerling in Betracht kommen soll, kann hier auch gewiß nicht die Rede sein, denn ihr Mann sagt, daß sie früher stets lustigen und gutmütigen Charakters und fleißig war und sowohl ihren Haushalt wie auch den Schrankendienst gut verrichtete. Aber ein anderes wichtiges Moment geht aus der Anamnese hervor. Die Frau hat 8 partus durchgemacht und immer selbst gestillt, dazu neben der großen häuslichen Arbeit die Verrichtung des Schrankendienstes und zwischendurch das Wochenbettfieber von 10 Wochen und dann vor kurzem noch das erhebliche Trauma. Ich glaube, dies sind Momente, die auch das Nervensystem eines stärkeren Körpers als desjenigen einer Frau erheblich zerrütten könnten. Diese allmählich immer stärker werdende Erschöpfung kommt entsprechend den immer mehr zunehmenden Insulten auf den bereits geschwächten Körper mit der Zeit immer deutlicher zum Ausdruck. Zuerst bemerkt die Frau Kopf-

schmerzen, dann wird sie auch gereizter, die Hände und Beine fangen zuweilen an zu zittern, wie es nach Jamin (Allgem. Diagnostik der Nervenkrankheiten) bei allen Erschöpfungs- und Ermüdungszuständen vorkommt, und des Morgens beim Aufstehen treten Schwindelanfälle auf. Zu all diesem kommen schließlich noch die Genitalerkrankungen, die stärkeren Menses und dann dauernde starke Uterusblutungen hinzu, so daß sie auf ärztlichen Rat in die Frauenklinik aufgenommen werden muß, was alles wohl geeignet ist, den Grad der Erschöpfung auf den Höhepunkt zu treiben. Rechnet man hierzu noch die Angst, die auch jeder gesunde Mensch vor einem körperlichen Eingriff hat, so ist das Auftreten der Psychose wohl erklärlich, zumal bei einer Mutter mit vielen Kindern, die weiß, wie unentbehrlich sie im Hause ist.

Wenn das richtig ist, was ich bisher betont habe, so muß auch die Krankengeschichte selbst den Verlauf einer Erschöpfungspsychose zeigen, von denen Raecke schreibt:

„Daß in der Genese akuter Geisteskrankheiten die Erschöpfung nicht nur eine wichtige Rolle spielt, sondern daß die auf dem Boden der letzteren erwachsenen Psychosen auch einen vielfach charakteristischen Verlauf zeigen, ist wohl allgemein anerkannt".

Siemerling teilt ihren Verlauf in fünf Stadien ein. Er sagt:

„Im Prodromalstadium herrschen allgemein nervöse Beschwerden und Reizbarkeit.

Der Ausbruch erfolgt mit schwerer Bewußtseinstrübung, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, motorischer Erregung, wechselndem Affekt, ängstlicher Ratlosigkeit, primärer Inkohärenz und Perseveration, unterbrochen durch Remissionen.

Im dritten Stadium kommt es zur Aufhellung, wechselnd mit Verwirrtheit, Unruhe Merkfähigkeit noch gering.

Im vierten Stadium Reizbarkeit, mißtrauisch, oft Beziehungswahn.

Im fünften Stadium Rekonvaleszenz: Orientierung kehrt wieder, Krankheitseinsicht. Amnesie ist stark".

Die Anamnese unserer Patientin zeigt das charakteristische Bild des von Siemerling angegebenen Prodromalstadiums. Es herrschen bei ihr allgemein nervöse Beschwerden, sie klagt über uncharakteristische Kopfschmerzen, über Krankheitsgefühl und bei Erregung auftretendes Zittern in Händen und Beinen, und sie ist — namentlich in der letzten Zeit — leicht gereizt.

Kommen wir nun zum weiteren Verlauf der Krankengeschichte, die ich der besseren Übersicht halber gleich ganz wiedergeben und nachher kurz zusammenfassen will, so heißt es in den Angaben von Dr. Linzenmeier, wovon ich mir einen Teil zu wiederholen gestatte:

Die Operation fand am 9. I. 11 vormittags unter Lumbalanästhesie (Novocain 0,175 g + Suprarenin) statt. Nachmittags 5 Uhr fing Patientin an, verwirrt zu reden und wurde in zunehmendem Grade ängstlich, schlief die ganze Nacht nicht, redete fortwährend, ebenso am folgenden Tage und in der Nacht vom 10. auf den 11. I.

In der Krankengeschichte aus der psychiatrischen Klinik heißt es jetzt weiter:

Patientin wird am 11. I. 11 vormittags mit Sanitätswagen gebracht. Sie ist sehr unruhig und aufgeregt, spricht fortwährend, hat schwachen Puls und blasses Aussehen. Im Isolierhaus zu Bett gebracht, ruft sie: „O, es ist schrecklich, ich hab' zwei Leute vergiftet. — O, es ist schrecklich zu sterben unter dem Henkerbeil. O, Vater, komm an mein Bett, ich will beichten, ich will beichten, ich will beichten. Ich hab' die ganze Welt vergiftet. O, ich habe Sünde getan. O, lieber himmlischer Vater, ich halt' es nicht mehr aus. — O, Narkose, Narkose, Narkose. — O, wie bin ich dumm gewesen. O, retten Sie meine arme

Seele. Sie haben mich totgemacht. Ich weiß das, ich weiß das, wo ich gewesen bin. Nein, nein, nein, ich muß das heilige Abendmahl haben. O, wie haben sie mich gequält mit Spott und Hohn. Narkose, Narkose, Narkose, Narkose. Wie bin ich doch ein schreckliches Weib. O, Himmel, ich fühle nichts mehr davon. Wie ist es schrecklich zu sterben. Knips, knips, — — — — — —“ — — — — „O, sie haben mich totgemacht. Narkose, Narkose, — — — — — — — — — — —“ (mit wechselndem Tonfall). „O, ich hab' die ganze Welt totgemacht“ etc.

Körperliche Untersuchung ist sehr erschwert durch die konstante Unruhe der Patientin und dadurch, daß die Patientin keine Aufforderung befolgt.

Schädel: auf Beklopfen anscheinend nicht empfindlich.

Pupillen: mittelweit, rund, gleichweit. Reflex. L. aufgehoben (Morph.-Scopolam.-Injekt.). Reflex. C. nicht zu prüfen.

Facialis: o. B.

Zunge: belegt, trocken, ruhig, gerade.

Lippen: trocken, borkig.

Hals: o. B.

Sprache: artikulatorisch anscheinend nicht gestört.

Obere Extremität: Reflexe + +. Tremor, Ataxie und grobe Kraft derselben nicht zu prüfen.

Vasomotorisches Nachröten: lebhaft.

Mech. Muskelerregbarkeit: lebhaft.

Untere Extremität: Patellar- und Achillessehnenreflex. + +. Kein Klonus. Kein Babinski. Romberg, Gang, Sensibilität nicht zu prüfen.

Puls: 104, ziemlich klein, regelmäßig.

Herztöne: rein.

Lungen: anscheinend o. B.

Abdomen: weich, keine Blähung. Ernährungszustand gut. Gesichtsfarbe blaß.

Urin: Spur Eiweiß. Z. —.

Dann heißt es weiter:

Patientin ist in ununterbrochener Bewegung. Fährt mit Armen und Beinen umher, schlägt gegen die Bettbretter, ruft, spricht ununterbrochen vor sich hin. Fast immer kehren dieselben Sätze wieder. „Was für eine böse Frau, die Frau Lamp. — Alles hab' ich vergiftet. Meinen Mann hab' ich auch umgebracht. Narkose, Narkose, Narkose" etc. Sie ist schwer zu fixieren. Auf die Frage, wo sie sich befindet, erfolgt die Antwort: „Am Bahnhof. Hab' meinen Mann umgebracht. Knitsch, knitsch, — — — —" (etwa 10 mal wird dieses Wort wiederholt).

Sie sieht anscheinend alles, was um sie her vorgeht. Halluziniert, blickt plötzlich auf die Seite, schlägt mit der Faust gegen die Bretter. Gesichtsausdruck etwas ängstlich, sie will nicht trinken, wehrt sich und spuckt aus.

12. I. Gestern Abend noch sehr ängstlich, unruhig, erhält nachts M.-Injektion, schläft bis gegen Morgen.

Heute Morgen wieder unruhig, wirft sich im Bett hin und her, klopft und schlägt gegen die Bretter, spricht, schreit in derselben Weise wie gestern. Dieselben Sätze und Worte kehren immer wieder. Verweigert jegliche Nahrungsaufnahme.

Lippen und Zunge: trocken und rissig.

Puls: gut.

Sondenfütterung unter heftigem Sträuben.

Temperatur morgens 38,3, nachmittags über 39.

Nachmittags hat sie Durchfälle, ist anhaltend sehr ängstlich, bleibt zwar in Rückenlage, streckt aber fortwährend unter den Anzeichen heftiger Angst die Arme in die Höhe und wiederholt ebenso wie gestern Abend dauernd die Worte: „O, es ist schrecklich, in der Narkose zu sterben. Narkose, Narkose" usw.

13. I. Gestern abend Paraldehyd-Klystier, worauf allmählich Beruhigung, verhält sich bis gegen Morgen leidlich ruhig, scheint schlechten Geschmack im Munde

zu haben, gibt öfters Zeichen des Abscheus, verlangt häufig Wasser. Heute Morgen wieder laut erregt, ist sehr gereizt, schlägt um sich, will keine Nahrung zu sich nehmen. Erhält feuchte Packung. Redet ununterbrochen: „Die ganze Welt ist weg, auf dem Schafott hingerichtet worden; ich bin in der Narkose gestorben".

Sie ist jetzt momentweise zu fixieren.

Wo hier? — Im Irrenhaus. — Welches Irrenhaus? — Nervenklinik. — Seit wann? — Seit gestern. — Wer bin ich? — Der Bahnvorstand (nennt einen Namen). — Sträubt sich wieder energisch gegen Nahrungsaufnahme. Sondenfütterung. Einige Zeit nach der Sondenfütterung trinkt Patientin auf Zureden einen Becher Milch, lächelt dabei der Pflegerin freundlich zu, wiederholt auf Befragen ziemlich affektlos, sie sei auf dem Schafott hingerichtet und die ganze Welt ist weg.

Temperatur: morgens 37,4.

Heute Nachmittag ist sie klar, orientiert, doch immer wieder von Zeit zu Zeit ängstlich, bittet den Arzt zu sich, sie möchte gern beichten, weil sie auf's Schafott müsse. Sieht jedoch immer wieder ein, daß es Unsinn sei, sie wisse nicht, wie sie zu der Angst käme. — Wo hier? — Nervenklinik. — Wer bin ich? — Doktor. — Seit wann hier? — — Seit gestern.

Trinkt flüssige Nahrung, ist fieberfrei.

14. I. Heute Morgen wieder ängstlich und unruhig. „O, es ist schrecklich, auf dem Schafott zu sterben".

Heute Nacht trotz Isopral-Klystier nicht geschlafen. Heute Morgen erhält sie Dauerbad. Den ganzen Tag fortgesetzt unruhig, schreit immer wieder: „Frau Lamp, Frau Lamp, alle Menschen hast du totgemacht" usw.

17. I. Anhaltend ängstlich. Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten. „Es riecht nach Terpentin", sagt sie und reinigt öfters mit Zeichen des Abscheus die Nase. Dann sagt sie: „Unten macht es immer knips, knips, knips".

„Es riecht nach Narkose“. Sieht Schlangen. Soll heute Nachmittag in der Klinik vorgestellt werden, widerstrebt ängstlich, meint, sie sei in der Frauenklinik und solle operiert werden.

20. I. Anhaltend ängstlich, desorientiert, meint, sie sei in der Frauenklinik, verkennt Ärzte und Pflegerinnen, fürchtet sich vor Schlangengift. Gibt kurz abgerissene, ängstliche Antworten. Nahrungsaufnahme ausreichend. Schläft mit Mitteln.

21. I. Heute ist Patientin ruhiger. Ist örtlich orientiert. Meint, sie sei erst ein paar Tage hier. Macht jämmerliches Gesicht und sagt: „Ich bin ganz verzweifelt“. — Warum? — „Ach, die Operation, ich fürchte mich so vor der Operation“. Sie ist nicht zu überzeugen, daß sie schon operiert ist.

24. I. Verhält sich ruhig, macht aber immer noch ängstlichen Eindruck und will immer noch nicht glauben, daß sie schon operiert ist. Sie kann sich noch genau erinnern, daß mit der Nadel in den Rücken eingestochen ist; von diesem Punkte ab hört jede Erinnerung auf. Schläft sehr wenig. Ißt ausreichend.

28. I. In den letzten Tagen ist von ängstlicher Verstimmung nur noch wenig zu bemerken. Liegt ruhig im Bett. Ißt gut. Hat noch blasses Aussehen. Keinerlei örtliche und zeitliche Desorientierung. Gibt Datum richtig an. Schreibt in den letzten Tagen geordnete Briefe. Findet sich noch immer nicht ganz darin, daß die Operation schon gemacht ist; hat anscheinend noch leichten Zweifel.

4. II. Klar, geordnet. Schlaf besser. Steht einige Stunden auf. Gibt an, sich an einzelne Episoden aus ihrer Verwirrtheit zu erinnern. So z. B., daß so viele Studenten um sie herum gestanden hätten. Erinnert sich auch an die Operation insoweit, daß sie in den Operationssaal gekommen sei, und sagt, sie wäre zwar ängstlich gewesen,

aber nicht übermäßig, auch nicht vor der Narkose. Dann wisse sie nichts mehr.

8. II. Geordnet, fleißig. Freut sich, daß sie wieder nach Hause kommt zu ihrem Mann und ihren Kindern. Geheilt entlassen.

Auf Anfrage teilt ihr Mann am 9. VI. 11 mit, daß seine Frau sich ganz gesund fühlt und seit dem 1. IV. ihren Schrankendienst wieder verrichtet und auch ihre häusliche Arbeit wieder selbst besorgt.

In kurzer Zusammenfassung stellt sich das Krankheitsbild folgendermaßen dar. Beginn mit plötzlichem Einsetzen traumhafter Bewußtseinstrübung, Verwirrtheit der Gedanken, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und später starke motorische Erregung, so daß Patientin in die psychiatrische Klinik verlegt werden muß, wo sie gleich ins Isolierhaus kommt. Hier werden Unorientiertheit und Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten, Depression, große Unruhe und starke ängstliche Verstimmung, die so weit geht, daß sie sich schon auf dem Schafott hingerichtet glaubt, beobachtet. Dauernd kehrt die einmal geweckte Vorstellung, sie sei in der Narkose gestorben, habe ihren Mann vergiftet, die ganze Welt sei weg, sie sei auf dem Schafott hingerichtet usw. in sinnloser Verbindung wieder. Zuweilen eine kurze Aufhellung und geringe Orientierung, bis zum 13. I.

Sie zeigt jetzt häufiger Aufhellung, abwechselnd mit Verwirrtheit und Unruhe und starker ängstlicher Verstimmung. Sie glaubt zuweilen, daß alles Unsinn ist, was sie redet, um dann sofort wieder in ihren Wahn zu verfallen, bis zum 21. I.

Von diesem Tage ab ist sie teilweise orientiert, ist aber immer noch ängstlich und zeigt starkes Mißtrauen; sie will nicht glauben, daß sie schon operiert ist, bis zum 28. I., von wo ab vollkommene Orientierung eintritt und die ängstliche Verstimmung weicht. Sie fängt an,

geordnete Briefe zu schreiben und sieht ein, daß ihre Wahnvorstellungen krankhaft waren. Doch besteht, mit Ausnahme einzelner Episoden (Vorstellung in der Klinik), vollkommen Amnesie über den Verlauf ihrer Krankheit.

Am 8. II. kann sie dann geheilt entlassen werden.

Wir haben bei dieser Patientin also das deutliche Krankheitsbild einer akuten halluzinatorischen Verwirrtheit. Dazu haben wir aber gleichzeitig verschiedene Stadien des Verlaufs abgrenzen können, die, wie oben gesagt, Siemerling als typisch für die Erschöpfungspsychosen angibt.

Das geringe Fieber, das in den ersten Tagen bei der Patientin zur Beobachtung kam, soll nicht unerwähnt bleiben. Es besteht immerhin die Möglichkeit, daß es als veranlassendes Moment bei dem Ausbruch der Psychose mit in Betracht kommt (Bonhoeffer—Pfannenstiel), wenngleich gerade nach Operationen in Lumbalanästhesie häufig kleine Temperatursteigerungen beobachtet worden sind.

Ich glaube, auf Grund vorstehender Erörterungen darf ich zu dem Schluß kommen, daß auch der Verlauf der Krankheit bei dieser Patientin deutlich die Erschöpfung als ursächliches Moment erkennen läßt, wie ich schon oben auf Grund der Anamnese allein annehmen konnte. Wir können somit sagen: Beim Zustandekommen dieser Psychose spielen körperliche (das ganze Vorleben, das Trauma vor 2 Jahren, zuletzt die dauernden Blutverluste und endlich die Operation selbst) und seelische Schädigungen (Angst vor der Operation, die bei dem arg nervenzerrütteten Körper besonders stark wirken muß) eine Rolle, wobei die Operation als auslösendes, die schließlich akut gewordene Erschöpfung aber als ursächliches Moment anzusehen ist. Gestützt wird noch diese Ansicht durch das, was Selberg über die Prognose eines solchen Falles sagt. Er ist der Meinung, daß die Verschiedenheit der Prognose schon in der Entstehungsart begründet ist, daß z. B. beim Bestehen

einer Prädisposition in der körperlichen Erschöpfung die Psychose allmählich weichen wird, sowie der Kräftezustand sich gehoben hat, daß dagegen die Prognose sehr getrübt ist, wenn die Psychose nur die Steigerung einer schon bestehenden Veränderung ist. In unserm Fall ist Heilung eingetreten und die Patientin ist bis heute gesund geblieben und voll arbeitsfähig.

Man darf, glaube ich, sogar zu dem Schluß kommen, daß diese Psychose infolge der starken Erschöpfung bei weiterer Einwirkung der sie bedingenden Ursachen auch ohne Operation über kurz oder lang zum Ausbruch hätte kommen können.

Unwillkürlich wird uns hier die Frage aufgedrängt: Was ist denn eigentlich unter Erschöpfung zu verstehen? Dazu sagt Bonhoeffer:

„Das Wesen der Erschöpfung ist unbekannt. Man spricht von einem über den Ersatz hinausgehenden Verbrauch von Nervenmaterial, von einem Fortarbeiten der entsprechenden zentralen Mechanismen bei herabgesetzten Arbeitskräften und unzulänglicher Stoffzufuhr, oder man denkt an gesteigerte Bildung und unzulängliche Beseitigung von Stoffwechselprodukten. Solche Vorstellungen sind vorläufig rein hypothetischer Natur, da chemische Stoffwechseluntersuchungen, die hierfür eine Unterlage bilden könnten, soweit mir bekannt, fehlen.“ Es ist mir nicht gelungen, in der Literatur eingehendere Angaben hierüber zu finden, aus denen sich ein klareres Bild über das eigentliche Wesen der Erschöpfung gewinnen ließe.

Es erübrigt noch, die Frage aufzuwerfen, ob nicht die Giftwirkung des Kokains durch die Lumbalanästhesie beim Zustandekommen der Psychose von Einfluß hätte sein können. Ich will gleich vorweg bemerken, daß man daran wohl kaum denken darf. Zwar kommen solche Störungen vom Charakter der akuten halluzinatorischen Verwirrtheiten nach Vergiftungen mit Kokain vor, wie

Siemerling angibt. Doch um eine allgemeine Giftwirkung hervorzurufen, dürfte die kleine Menge von 0,175 gr zu gering sein, zumal die Bedingung des chronischen Kokaingebrauches hier ausgeschlossen ist. Es ist natürlich etwas anderes, ob man ein Gift direkt in das Rückenmark selbst einspritzt oder sonst irgendwie dem Körper einverleibt, und ob der Körper noch gesund oder schon krank ist; die Wirkungen können enorm verschieden sein. Es sind aber nirgends Fälle in der Literatur beschrieben, daß Psychosen nach Lumbalanästhesien aufgetreten seien, obwohl die meisten Lumbalanästhesien nur gemacht sind bei strenger Gegenindikation gegen die Allgem.-Narkose (so z. B. bei Herzfehlern, Lungenerkrankungen, Kachexie).

So sind von Hohmeier und König (Altona) 2400 Fälle von Lumbalanästhesien zusammengestellt. Als Nachwirkungen erwähnen sie nur regelmäßig Kopfschmerzen, öfters Rückenschmerzen und Nackensteifigkeit. Sie stellen aber fest, daß die Lumbalanästhesie im Gegensatz zur Allgem.-Narkose mit ganz minimalen Ausnahmen keine bleibenden Folgen hinterlassen. Angewandt wurde am häufigsten Tropakokain.

Erwin Zweifel weist an der Hand ven 1500 Fällen, die in der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig beobachtet wurden, die Ungefährlichkeit dieser Narkose nach. Nach ihm ist kein Todesfall auf ihr Konto zu setzen. Als üble Nachwirkungen erwähnt er nur Kopfschmerzen und Erbrechen. Angewandt und empfohlen wurde als bestes Anästhetikum das Novokain.

Dann finde ich noch einen Bericht über ein neueres Verfahren von Dr. Poenaru in der Wiener med. Wochenschrift. Er verwendet eine Mischung von Stovain und Adrenalin und Milchsäure. Bei seinen 275 Fällen war die Wirkung einerseits bezüglich der Anästhesie vollkommen, andererseits hatte er während und nach der Operation keine üblen Nachwirkungen und auch keinen Unfall zu

verzeichnen, obwohl er sogar höher zwischen dem 1. und 2. Brustwirbel injizierte.

In der Münchener medizinischen Wochenschrift 1910 steht über Lumbalanästhesie mit Novokain bei gynäkologischen Operationen (aus der Universitäts-Frauenklinik in Prag) von Emanuel Groß-Prag: „Das Material des Verfassers bestand aus 615 Fällen; in 2 aufeinanderfolgenden Fällen kam es infolge Infektion von außen (Verwendung nichtsteriler Kochsalzlösung zum Durchspritzen der Rekordspritzen) zu schweren Erkrankungen; einer davon endete letal. Injiziert wurden 2—3 ccm einer fünfprozentigen Novokainlösung mit Suprareninzusatz (Ampullen der Höchster Farbwerke). In 10 Prozent der Fälle wurden Kopfschmerzen beobachtet, die leichteren waren durch Antipyrin, Pyramidon etc. zu beeinflussen, die hartnäckigen, meist im Hinterkopf lokalisierten Kopfschmerzen hielten, jeder Behandlung trotzend, oft wochenlang an. Abgesehen von einer nach 2 Monaten abgeklungenen Abduzenslähmung waren keinerlei sonstige schwere Nachwirkungen oder Nebenwirkungen zu konstatieren. In 87,5 Prozent wurde vollkommene Anästhesie erreicht, in 9 Prozent war die Anästhesie unvollkommen, 3,5 Prozent waren vollständige Versager".

Auch in unserem Falle wurde in der hiesigen Frauenklinik ein Zusatz von Suprarenin gemacht, wobei ich an dieser Stelle nicht unerwähnt lassen will, daß manche Forscher das Hinzusetzen von Adrenalinpräparaten für schädlich halten. Außerdem wurde die Patientin während der Operation durch eine Morph.-Scopolamin-Injektion in einer Art Dämmerschlaf gehalten, wodurch die psychischen Einwirkungen des Operationsraumes fraglos gemildert wurden. Auf der hiesigen Frauenklinik mißt man, wie mir freundlichst mitgeteilt wurde, der Lumbalanästhesie ebenfalls keine Schuld bei dem Zustandekommen der Psychose bei.

Zum Schluß erfülle ich mit Freuden die angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Siemerling für die gütige Überlassung des Falles sowie für die liebenswürdige Anregung zu der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Bonhoeffer: Die symptomatischen Psychosen. Seite 86.
2. Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. Seite 192, 188.
3. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. S. 182.
4. Engelhardt: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 58. Seite 94, 62, 64.
5. Schultze: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 104.
6. David: Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. Inaug.-Dissert. Kiel 1905.
7. Berger: Über einen Fall von akuter Psychose nach Kataraktoperationen. Inaug.-Dissert. Kiel 1905.
8. Sievert: Beitrag zur Lehre von den Psychosen bei Infektionskrankheiten. Inaug.-Dissert. Kiel 1902.
9. Selberg: Beilage zur klinischen Chirurg. Bd. 44. 1904. Seite 185.
10. Raecke: Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 57. Seite 39.
11. Werth: Deutsche Zeitschrift für Chirurg. Bd. 58. Seite 46.
12. Hohmeier und König: Archiv für klin. Chir. XCIII, 1910.
13. Poenaru: Wien. med. Wochenschrift XXIII, 1910.
14. Slapner: Beitrag zur klin. Chirurg. Bd. 67.
15. Erwin Zweifel: Berliner klinische Wochenschrift.
16. Schüle: Klinische Psychiatrie. S. 193.
17. Jamin: Allgem. Diagnostik der Nervenkrankheiten in Krause: Lehrbuch der klinischen Diagnostik innerer Krankheiten.

Lebenslauf.

Ich, Alfred Stroemer, evangelischer Konfession, Sohn des Dr. med. R. Stroemer zu Rüstringen im Großherzogtum Oldenburg, bin am 4. Januar 1884 zu Friedeburg in Ostfriesland, Provinz Hannover, geboren. Von Ostern 1894 bis 1896 besuchte ich das Gymnasium zu Jever im Großherzogtum Oldenburg, von Ostern 1896 bis 1905 das Gymnasium zu Wilhelmshaven, wo ich mein Reifezeugnis erhielt. Vom 1. April 1905 bis zum 1. April 1906 leistete ich beim zweiten Seebataillon in Wilhelmshaven meiner einjährigen Dienstpflicht Genüge. Ostern 1906 wurde ich in Kiel immatrikuliert und beschäftigte mich ein Semester mit Mathematik und Naturwissenschaften; vom Oktober 1906 an studierte ich Medizin. Auf Grund eines Gesuches wurde mir das Semester, in dem ich Mathematik und Naturwissenschaften studiert hatte, auf die für die Zulassung zu den medizinischen Prüfungen nachzuweisende Studienzeit angerechnet, so daß ich am 22. Juli 1908 meine ärztliche Vorprüfung erledigen konnte. Nach weiteren 5 klinischen Semestern beendete ich am 1. Juni 1911 das medizinische Staatsexamen. Meine sämtliche Studienzeit verbrachte ich in Kiel.